

от пилорического отдела. Короткие желудочные ветви (4-5) на задней стенке желудка отходят к кардиальной части и к дну желудка.

В результате изучения вариантов топографии ветвей блуждающего нерва в области нижней трети пищевода и желудка нами выявлены особенности ветвления нервов, которые могут создать трудности хирургам, при выполнении методов стволовой и селективной ваготомии:

- наличие многочисленных соединений (анастомозов) между стволами блуждающих нервов и их ветвями;
- различное (от 1 до 5) количество стволов левого и правого блуждающих нервов в пищеводном отверстии диафрагма и под диафрагмой;
- интрамуральное прохождение ветвей блуждающих нервов со стенки пищевода в стенку желудка (их невозможно определить на поверхности органов).

Литература:

1. Опыт применения новой хирургической методики в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О. А.Баулина [и др.] // Вестн. новых мед. технологий. – 2014. – Т. 21, № 3. – С. 49–53.
2. Алгоритм диагностики и показания к хирургическому лечению больных с язвенной болезнью желудка / В. М. Дурлештер [и др.]. // Вестн. хирург. гастроэнтерологии. – 2013. – № 1. – С. 4–11.
3. Сулаева, О. Н. Структурная организация и физиологические эффекты блуждающего нерва в ЖКТ / О. Н. Сулаева // Світ медицини та біології. – 2015. – Т. 11, № 4-1 (53). – С. 164–170.
4. Способ оперативного лечения больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : Патент РФ 2463969 / П.А. Ярцев, В.Д. Левитский, И.И. Кирсанов [и др.]. 2012.
5. Laparoscopic revision of gastrojejunostomy and vagotomy for intractable marginal ulcer after revised gastric bypass / E. Lo Menzo [et al.] // SurgObesRelat Dis. – 2011. – Vol. 7, № 5. – P. 656–658.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОК 3 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА

Генералова А.Г., Хитева С.А., Ковзова Е.И., Орехова Н.И.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Изменение продолжительности ночного сна посредством модуляции секреции мелатонина может существенным образом влиять на многие физиологические функции человека. Сокращение продолжительности времени сна с соответствующим увеличением светового воздействия на организм человека приводит к подавлению выработки мелатонина. Синтез мелатонина осуществляется в эпифизе преимущественно

в ночное время суток. Подавляет секрецию и синтез мелатонина яркое освещение сетчатки. выброс мелатонина контролируется супрахиазматическими ядрами гипоталамуса, которые вместе с эпифизом регулируют циркадные ритмы человека. Мелатонин оказывает регулирующее действие на нейроэндокринную систему человека, иммунитет, обладает противоопухолевыми и антиоксидантными свойствами, контролирует психо-эмоциональное состояние и когнитивные функции мозга [1, 2]. Исследования последних лет убедительно показывают, что эпифиз играет ключевую роль в регуляции содержания половых гормонов, синхронизации овуляции и стероидогенеза в гонадах. В настоящее время широко обсуждается участие мелатонина в регуляции менструального цикла (МЦ) и фолликулогенезе в яичниках. Мелатонин определяет ритмичность секреции гонадотропных гормонов, в том числе продолжительность МЦ у женщин. Воздействие света ночью укорачивает продолжительность МЦ у женщин с длиной цикла более 33 дней [2]. Выявлена зависимость между уровнем мелатонина и особенностями течения МЦ: у женщин с предменструальным синдромом уровень секреции мелатонина был ниже, чем у женщин без данного синдрома. Кроме того, влияние света ночью способствует развитию ановуляции и дисменореи у женщин. Согласно данным американских исследователей, 60% медсестер с регулярным менструальным циклом и ночными сменами имели менструальный цикл менее 25 дней. Около 70% медицинских сестер жаловались на альгодисменорею. Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о наличии взаимосвязи между снижением синтеза мелатонина и временем наступления менопаузы. У женщин постменопаузального возраста действие света ночью сильнее подавляло уровень мелатонина в крови, по сравнению с молодыми женщинами. [2,3].

Цель. Проанализировать особенности МЦ у молодых девушек в зависимости от времени их отхода ко сну и количества часов отведенного ими на ночной сон.

Материал и методы. Нами была составлена анкета, учитывающая следующие параметры: возраст, рост, вес участниц, количество часов, отведенных ими на сон. Оценивалась тревожность сна (количество просыпаний), время отхода ко сну (до 12 часов ночи или после 12 часов ночи), использование электронных гаджетов перед сном, продолжительность МЦ в днях, продолжительность менструаций и их характеристика, наличие предменструального синдрома, который оценивался по шкале «Оценка формы и тяжести ПМС» с помощью календаря предменструальных симптомов (Menstrual Distress Questionnaire/ MDQ). Всего были опрошены 88 студенток 3 курса лечебного и фармацевтического факультетов.

Результаты и обсуждение. У 3,3% обследованных девушек продолжительность МЦ была 22-24 дня; у 59% – 25-29 дней; у 28,4% – 30-35 дней. Цикл продолжительностью более 35 дней отмечался у 2,2% девушек. Нерегулярный цикл наблюдался у 6,8% опрошенных. Продолжительность менструаций от 3 до 5 дней была выявлена у 67% девушек; 6-7 дней – у

31,8%; более 8 дней – у 1,1% опрошенных. Некоторое увеличение менструального цикла (30- 35 дней) с более продолжительными по времени (до 7 дней) и болезненными менструациями наблюдалось в группе, спящих менее 5 часов за ночь; также в этой группе чаще встречался нерегулярный менструальный цикл. Наличие предменструального синдрома встречалось чаще в группе, спящих 6 и менее часов за ночь. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Анализ некоторых характеристик менструального цикла студенток в зависимости от времени отхода ко сну и количества часов, отведенных на сон

Время отведенное на сон.	менее 5 ч.	5-6 ч.	6,1-7 ч.	7,1-8 ч.
Всего человек (%)	9 (10,2%)	22 (25%)	38 (43,2%)	19 (21,6%)
Тревожный сон (просыпались более 2-х раз за ночь)	1 11,1%	1 4,5%	2 5,2%	3 15,7%
ложились спать до 12 часов ночи	0	1 4,5%	9 23,6%	9 47,3%
ложились спать после 12 часов ночи	9 100%	21 95,4%	29 76,3%	10 52,6%
Использование электронных гаджетов перед сном:	9 100%	20 90,9%	36 94,7%	18 94,7%
Продолжительность менстр. цикла: 22-24 дня	0	0	2 (5,2%)	1 (5,2%)
25-29 дней	5 (55,5%)	14 (63,6%)	21 (55,2%)	12 (63,1%)
30-35 дней	3 (33,3%)	6 (27,2%)	12 (31,5%)	4 (21%)
более 35 дней	0	0	1 (2,6%)	1 (5,3%)
нерегулярный цикл	1 (11,%)	2 (9%)	2 (5,2%)	1 (5,2%)
наличие ПМС	5 (55,5%)	11 (50%)	16 (42,1%)	6 (31,5%)
продолжительность менструаций: 3 – 5 дней	6 (66,6%)	15 (68%)	24 (63,1%)	14 (73,7%)
6 – 7 дней	3 (33,3%)	7 (31,8%)	13 (34,2%)	5 (26,3%)
более 8 дней	0	0	1 (2,6%)	0
болезненные менструации	4 (44,4%)	10 (45,4%)	15 (39,4%)	6 (31,5%)
обильные менструации	2 (22,2%)	1 (4,5%)	6 (15,7%)	4 (21,05%)
скудные менструации	1 (11,1%)	1 (4,5%)	0	0

Выводы. Сон менее 7 часов за ночь, а также использование электронных гаджетов перед сном предрасполагает к более продолжительным по времени (до 7 дней) менструациям. Продолжительность сна 6 часов и менее ассоциируется с более частым болевым синдромом. Предменструальный синдром чаще встречался в группе, спящих менее 5 часов за ночь. Продолжительность МЦ (30-33 дня) чаще наблюдалась в группе, спящих менее 5 часов, однако цикл более 35 дней встречался только в группах спящих более 6 и 7 часов за ночь. Большее время, выделенное на сон, и, соответственно, меньшее воздействие освещения на сетчатку в ночное время способствует увеличению выработки мелатонина, который определяет ритмичность секреции гонадотропных гормонов и гормональный статус женщины.

Литература:

1. Арушанян, Э. Б. Мелатонин как универсальный модулятор любых патологических процессов / Э. Б. Арушанян, Е. В. Щетинин // Пат. физиология и эксперим. терапия. – 2016. – № 1. – С. 79–88.
2. Анисимов, В. Н. Старение женской репродуктивной системы и мелатонин / В. Н. Анисимов, И. А. Виноградова. – СПб. : Система, 2008. – 44 с.
3. Леваков, С. А. Физиологическая роль и клинические эффекты мелатонина / С. А. Леваков, Е. И. Боровкова // Врач. – 2015, № 3. – С. 72–75.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА АКТИВНОСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ

Гусакова Е.А., Городецкая И.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Установлено важное значение йодсодержащих тиреоидных гормонов в защите организма от стрессорных повреждений. Существенная роль в ограничении интенсивности стресс-реакции принадлежит центральной части стресс-лимитирующей системы: ГАМК-, опиоид-, глицин-, дофамин-, серотонинергические нейроны головного мозга. Однако влияние йодсодержащих гормонов щитовидной железы на активность и метаболизм основных тормозных нейромедиаторов не исследовано.

Цель. Проанализировать влияние йодсодержащих тиреоидных гормонов на активность центрального звена стресс-лимитирующей системы.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами был использован аналитический метод – анализ монографий, диссертаций, авторефератов диссертаций; результатов, опубликованных в физиологических и медицинских журналах, учебных пособиях, а также представленных на интернет - ресурсах.

Результаты и обсуждение. Было проанализировано влияние гипо- или гипертиреоза на активность центрального звена стресс-лимитирующей системы (ГАМК, глицин, серотонин, дофамин, опиоидные пептиды).

Влияние гипертиреоза:

- введение тиреоидина (8 дней перорально в водной взвеси в возрастающих до 240 мг/100 г массы дозах в течение 3-х недель) – активность глутаматдекарбоксилазы (фермента, катализирующего преобразование глутамата в ГАМК) в больших полушариях мозга крыс повышалась, однако содержание ГАМК увеличивалось лишь в стволе мозга и мозжечке [Ширинова, 1984];
- введение L-тироксина (перорально в дозе 100 мг/кг в течение 30-ти дней) – плотность 3Н-мусцимол и 3Н-дiazepamсвязывающих сайтов